FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908 — **THÈSE** N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 23 janvier 1908, à 1 heure

Par Jean-Baptiste MALVY
Ancien externe des hôpitaux

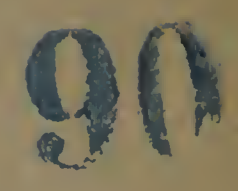
DES

POLYPES FIBRINEUX

DE L'UTÉRUS

Président : M. ALB. ROBIN, *professeur.*
Juges : MM. POZZI, *professeur.*
DÉMELIN et LENORMANT, *agrégés.*

PARIS
IMPRIMERIE DES FACULTÉS
A. MICHALON
26, Rue Monsieur-le-Prince, 26
—
1908



THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908 N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 23 janvier 1908, à 1 heure

Par Jean-Baptiste MALVY
Ancien externe des hôpitaux

DES

POLYPES FIBRINEUX

DE L'UTÉRUS

Président : M. ROBIN, ALB. *professeur.*
Juges : MM. POZZI, *professeur.*
DÉMELIN et LENORMANT, *agrégés.*

PARIS
IMPRIMERIE DES FACULTÉS
A. MICHALON
26, Rue Monsieur-le-Prince, 26
1908

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ALBERT ROBIN

PROFESSEUR DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE
MÉDECIN DE L'HÔPITAL BEAUJON
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

AVANT-PROPOS

Nous sommes redevable de l'idée de ce travail à notre maître le Dr Dalché.

Externe dans son service de la Pitié, nous pûmes apprécier la haute valeur de son enseignement clinique et nous initier aux principes de la gynécologie médicale — dont il est par son expérience et ses travaux un des brillants représentants.

Parvenu à la fin de nos études, nous devions terminer notre apprentissage auprès de ce même maître. Sur ses conseils, et guidé par lui, nous entreprîmes les recherches qui font l'objet de la présente thèse. Il eut l'extrême obligeance, dans le but d'illustrer notre sujet, de nous livrer trois observations personnelles, dont l'une déjà parue, les deux autres extraites d'un travail inédit.

Nous sommes heureux de pouvoir lui témoigner ici notre très vive gratitude

Notre ami R. Lobstein, a bien voulu se charger de la traduction d'ouvrages et périodiques allemands.

Nous rendons hommage à sa grande compétence, que lui valent ses longues années passées en Allemagne.

M. le professeur Albert Robin nous a fait l'insigne honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; nous lui en exprimons notre très respectueuse reconnaissance.

INTRODUCTION

Les polypes fibrineux sont des masses ovalaires, arrondies, présentant ou non un pédicule, constituées par de la fibrine pure, développées dans un utérus en dehors de tout état puerpéral.

La question des polypes fibrineux a été traitée, discutée longuement par les auteurs anciens, — nous entendons ceux du siècle dernier.

Les uns — la minorité — leur reconnaissent une existence propre, une pathogénie distincte. Les autres, le plus grand nombre, les considèrent comme un accident, un épiphénomène au cours d'une grossesse, d'un accouchement ou d'un avortement. D'ailleurs, ils confondent volontiers, dans la même description, polypes fibrineux et polypes placentaires.

Les contemporains laissent dans l'ombre cette variété de tumeur : d'ailleurs, ils en font un simple produit de rétention placentaire. Or, comme nombreuses, multiples sont les observations où des débris de placenta à terme ou d'avortement ont pu rester longtemps dans la cavité utérine, y contracter des adhérences, y vivre d'une vie obscure jusqu'au jour où ces productions se détachent provoquant des dou-

leurs et des hémorragies, on conçoit que cet ordre de faits, net, bien décrit, souvent observé, n'éveille plus l'attention.

Nous nous sommes proposé dans ce modeste travail de reprendre l'histoire des polypes fibrineux. Puis, apportant à l'appui de notre thèse des observations empruntées aux auteurs et des cas nouveaux consignés plus loin, nous avons essayé d'indiquer que les polypes fibrineux et les polypes placentaires ne sont pas des productions d'une même nature, et qu'ils diffèrent d'origine, — les uns étant un accident obstétrical, les autres survenant en dehors de toute hypothèse de grossesse et d'avortement.

Que si l'on nous objecte qu'une tumeur polypienne possède la même structure, est formée des mêmes tissus que l'organe qui la porte, et qu'un coagulum de fibrine ne fait pas partie intégrante d'une muqueuse utérine, nous répondrons que les débris de caduque, des lambeaux de membranes, des fragments de placenta, retenus dans l'utérus, ne représentent, comme les amas fibrineux, que des corps étrangers. Cependant, ces débris constituent ce qu'on est convenu d'appeler les polypes placentaires.

Toutefois, nous concédons que, pour conserver leur vrai sens aux mots, il serait sans doute préférable de réserver le terme de polype aux tumeurs formées aux dépens de la muqueuse ou du parenchyme utérin, et ranger les rétentions fibrineuses ou placentaires dans la catégorie des faux polypes, ainsi qu'il est procédé dans une étude du Dr A. Klasson.

HISTORIQUE

Velpeau décrivit le premier les polypes fibrineux. Ayant eu l'occasion d'en observer 4 cas, il concevait ainsi leur formation : par suite de règles, après une perte, une concrétion sanguine se greffait sur le col de l'utérus et finissait par y vivre. Une telle conception était d'ailleurs erronée : un coagulum fibrineux ne s'organise pas, n'arrive pas à se greffer (au vrai sens du mot) sur la muqueuse utérine ; il reste indéfiniment à l'état de corps étranger. Mais l'auteur avait parfaitement noté que ces productions sanguines provoquent des douleurs expulsives, des hémorragies, qu'elles forcent le canal cervical et se comportent ainsi comme les vrais polypes muqueux ou myomateux.

Kiwisch, dans les *Klinische Vortrœge,* étudie les polypes fibrineux et leur reconnaît une origine indépendante de toute grossesse et avortement. Il considère ces polypes comme le résultat d'une apoplexie qui se fait dans la cavité de l'utérus où elle subit les

métamorphoses ordinaires en pareil cas : il se forme un caillot sanguin rouge qu'enveloppe un dépôt stratifié de fibrine, gris ou d'un blanc sale. Puis, marquant l'évolution de ces concrétions sanguines, Kiwisch donne le tableau symptomatique des polypes fibrineux.

« Le canal cervical, moins résistant, se dilate en forme de sphère, pendant que le corps, moins élastique, s'oppose à la distension ; par suite, la partie inférieure de la concrétion est sensiblement plus grosse que la supérieure. Celle-ci s'allonge sous forme d'un pédicule arrondi, composé de fibrine et adhérant plus ou moins intimement aux parois de l'utérus ; tandis que le corps du polype, constitué surtout par un caillot rouge et noir, est revêtu à sa surface d'une couche mince de fibrine. »

Ces polypes provoquent des hémorragies, des douleurs excessives voisines de celles de l'accouchement, et dilatent la cavité utérine, — celle du corps et celle du col. L'orifice externe entr'ouvert livre passage à ces polypes qui arrivent ainsi à faire saillie dans le vagin : d'où ils sont expulsés par de violentes coliques. D'autres fois, leur expulsion tarde longtemps à se produire, et cette éventualité occasionne de nouvelles hémorragies.

Kiwisch exclut expressément d'entre les causes de l'hémorragie toute dilatation de la cavité utérine à la suite de conception, de même que toute altération préalable de l'organe, mais il n'explique pas le mode de formation de ces polypes fibrineux. Car s'il

déclare que ces derniers résultent de la coagulation du sang des règles, il reconnaît que ces phénomènes sont très rares, que, lors de la période menstruelle, la résistance, la fermeté, l'état de contraction des parois utérines s'opposent à ce travail de concrétion ; et il avoue que « dans des circonstances particulières, et à nous inconnues, cet épanchement apoplectique peut persister un temps assez long et se lier à une dilatation et à un ramollissement de tout l'utérus et principalement du canal cervical. »

L'exposé théorique de Kiwisch présentait une lacune — l'absence de pathogénie; ses rapports cliniques faisaient une concession aux partisans de la doctrine adverse, qui considère ces formations fibrineuses comme le résultat d'une grossesse avortée ou d'une rétention placentaire. Les cas indiqués par Kiwisch signalent, en effet, une interruption complète des règles, de six à douze semaines de durée, qui avait précédé l'apparition des hémorragies et des douleurs.

Aussi Scanzoni, faisant la critique des idées émises par Kiwisch, réfute-il la formation des tumeurs fibrineuses par coagulation du sang menstruel. Certes, un ou plusieurs caillots peuvent se développer dans un utérus sain et non dilaté par suite de rétention des règles. Mais ces caillots sont de dimensions minimes, représentent plutôt un simple enduit sanguin, mince, aplati, reproduisant la forme triangulaire de la cavité utérine. Si donc l'on pratique l'autopsie de femmes mortes pendant la menstruation, il sera possible de rencontrer de telles productions

fibrineuses. Que si le décès survient à une époque éloignée des dernières règles, toute trace de la ménorrhagie antérieure aura disparu. De tels coagulums de fibrine peuvent se rencontrer parfois, constituent des trouvailles d'autopsie ; mais ils ne sauraient offrir le tableau symptomatique propre aux tumeurs.

Et Scanzoni poursuit en constatant une contradiction dans l'exposé de Kiwisch. Ce dernier veut que le polype se forme lentement, progressivement, par couches successives : de telle sorte que le noyau central étant la partie la plus ancienne devrait être la partie la plus avancée en organisation. Or, l'examen à l'œil nu montre qu'il s'agit d'un caillot central rouge, mou, qu'entoure une coque de fibrine. Cette construction est plutôt en faveur d'un épanchement unique et rapide. Et alors, dans cette dernière hypothèse, comment expliquer la possibilité de la dilatation brusque d'un utérus à parois saines, donc résistantes ? D'autre part, comment, dans la théorie de Kiwisch, expliquer tout ce concours de circonstances qui ont précédé l'expulsion du polype : c'est-à-dire le coït qui est noté dans tous les cas, l'aménorrhée, les hémorragies quelquefois graves avec les douleurs expulsives ?

Dans tous les cas, il y a eu grossesse ignorée ou cachée ; il y a eu expulsion prématurée de l'œuf.

L'avortement est opéré. « Si alors l'orifice externe se ferme, il peut se faire, l'hémorragie continuant ou apparaissant plus tard de nouveau, que le sang épanché s'amasse dans l'utérus et qu'il descende dans la cavité cervicale, dilatée encore à la suite de

l'avortement. Peu à peu le corps de l'utérus se contracte avec plus de force, et cela d'autant plus facilement que le caillot sanguin n'oppose presque aucune résistance ; et le résultat en est que la partie supérieure du caillot est comprimée et rétrécie, tandis que la partie inférieure située dans le col moins contractile prend une forme arrondie et globuleuse. Le caillot restera ainsi longtemps sans donner naissance à aucun symptôme inquiétant..... Les symtômes qui accompagnent l'expulsion du caillot sont exactement les mêmes que ceux décrits par Kiwisch. »

Pour achever la démonstration que ces polypes dits fibrineux sont d'origine puerpérale, Scanzoni rend compte de l'examen anatomique qu'il fit faire dans six cas qu'il observa. Le corps du polype est formé d'un noyau rouge, mou, avec enveloppe de fibrine. Le pédicule, mince, se compose de tissu cellulaire fortement attaché à la surface interne de la matrice, probablement sur la zone placentaire.

Scanzoni, étudiant ainsi non pas les polypes fibrineux, mais les polypes placentaires, avait bien établi les connexions étiologiques entre l'avortement et ces derniers : le premier est une condition indispensable du développement des seconds, tout au moins dans la plupart des cas.

Dans la restriction que, pour conclure, il fait à la théorie placentaire, à savoir que « la condition *sine qua non* pour la formation d'un polype est la dilatation préalable de la cavité utérine, soit à la suite d'un accouchement, soit après un avortement, ou du

moins une altération pathologique des parois de la matrice », nous trouvons consigné un facteur étiologique qui nous permettra d'établir la pathogénie des vrais polypes fibrineux.

Un utérus en état de conception peut fournir des polypes placentaires. Un utérus malade, à cavité élargie, à parois flasques, peut être le siège de polypes fibrineux. Un utérus normal ne peut pas donner des formations polypiformes. Les polypes fibrineux n'ont pas pour origine une coagulation du sang cataménial : telle est la conclusion à laquelle aboutit Scanzoni.

Déjà Kilian s'était trouvé en présence d'un cas de polype fibrineux. Dans son observation, il rappelle la définition et la description de Kiwisch, et il insiste sur la nécessité, dans ces cas, d'un examen miscroscopique. Il constate un noyau central rouge, mou, avec une enveloppe de fibrine ; une tige composée seulement de fibrine. La masse ne présente aucune trace de cellules ni de vaisseaux à l'intérieur. L'extérieur est recouvert d'une couche simple de grandes cellules épithéliales. Disons que ces grandes cellules épithéliales décrites par Kilian n'ont plus été signalées par les auteurs qui ont traité par la suite la question des polypes fibrineux.

La conclusion à laquelle arrive Kilian, c'est que l'utérus peut contenir des polypes fibrineux, c'est-à-dire formés par un coagulum sanguin sans éléments cellulaires. La question de pathogénie est laissée en suspens.

Bien que l'étude des polypes fibrineux fût surtout poursuivie par les auteurs étrangers, notamment les auteurs allemands, elle faisait en France l'objet de quelques communications.

Aran en parle dans ses *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus*. Il est vrai que s'il les dénomme polypes fibrineux, c'est pour leur refuser une existence propre.

Il les considère comme des tumeurs placentaires, comme le résultat d'un véritable avortement. Il reproduit les arguments de Scanzoni, sans concéder l'importante restriction de ce dernier. Se fondant sur un cas observé par lui, et dont l'analyse histologique fut pratiquée par Ch. Robin, et sur l'observation détaillée de Gouyon (*Bulletin de la Société anatomique*), — la communication plaide, en effet, en faveur d'un polype placentaire, — il rejette les idées émises par Kiwisch. « Ces Polypes fibrineux qui donnent lieu à des hémorragies répétées souvent pendant plusieurs mois, qui viennent faire saillie entre les lèvres de l'orifice sous forme d'un caillot noir que les femmes expulsent au milieu d'une hémorragie plus abondante que les précédentes avec des coliques très vives rappelant celles de l'accouchement, ces polypes, gros comme un petit œuf, et d'une consistance assez ferme, ne sont autre chose que des œufs humains déchirés et remplis de sang par des hémorragies successives. »

La question est reprise dans le *Dictionnaire des Sciences médicales*, mais considérée au point de vue

purement anatomique. L'article qui y est consacré n'éclaire pas la pathogénie de ces formations, laissant totalement dans l'ombre l'unité ou la dualité des deux ordres de tumeurs : polypes fibrineux et polypes placentaires. Mais l'article tire son intérêt de ce qu'il combat l'hypothèse, erronée, alors courante, de l'organisation spontanée des amas fibrineux.

« Nul principe immédiat isolé des autres ne s'organise. L'étude particulière de la fibrine montre qu'elle est corps étranger, dès que la coagulation a eu lieu ; elle perd peu à peu son aspect fibrillaire, finit par se résorber..... ; mais dans aucun cas il ne s'y forme des vaisseaux, ni des fibres, ni des leclules. »

Gallard, dans son *Traité des maladies des Femmes*, partage l'opinion émise par les premiers observateurs, Velpeau et Kiwisch. Il apporte, à l'appui de sa thèse, des observations personnelles qu'il détaille, et que nous reproduisons plus loin.

Ces cas rapportés, n'offrent pas — il est vrai — toute la valeur désirable ; les concrétions fibrineuses ont des dimensions minimes, ne traduisent leur présence par aucun des symptômes propres aux tumeurs polypiformes de l'utérus ; ce sont plutôt des trouvailles d'autopsie, formées par rétention du sang cataménial, telles que les comprend Scanzoni. Et nous savons que ces cas de rétention n'aboutissent jamais aux troubles douloureux et hémorragiques des polypes utérins.

Mais si les observations sont de moindre impor-

tance, l'exposé théorique offre un grand intérêt ; il signale la coexistence des polypes fibrineux avec des fibromes interstitiels, avec des polypes muqueux, myomateux, avec l'endométrite, — mieux qu'une coexistence, une relation de cause à effet. Il admet même, dans l'évolution de ces concrétions fibrineuses, un processus analogue à celui qui caractérise la marche et la terminaison des caillots phlébitiques.

« Dans la métrite qui accompagne les corps fibreux, il y a souvent oblitération plus ou moins complète des orifices, obstrués ou déformés par la présence même des corps fibreux. Alors le sang s'arrête dans la cavité utérine et rien ne s'oppose à ce qu'il subisse un travail d'organisation analogue à celui que des caillots sanguins, qui ont la même constitution, subissent dans les vaisseaux veineux. »

Les quelques observations récentes que nous avons pu joindre à notre travail ne sont pas en faveur de cette hypothèse. Tout porte à croire que, vu les conditions de milieu, ces polypes fibrineux ne subissent aucun travail de fragmentation par des bourgeons vasculaires partis de la muqueuse. Pour nous, ils persistent à l'état de corps étranger, accrus à chaque hémorragie, jusqu'au jour où des contractions plus vives assurent leur expulsion.

Virchow procède à une étude surtout anatomique des polypes fibrineux, dans divers périodiques. Il définit les polypes — ceux de Velpeau et Kiwisch — des « thrombus, des hématomes, l'hématome polypeux libre de l'utérus ». Il en donne la description

habituelle, sommaire : la tumeur est formée d'une portion renflée et d'un pédicule, le tout s'engageant dans le col de l'utérus qu'il distend à l'extrême et se montre même dans le vagin. La coupe révèle un noyau sanguin au centre ; et, à la périphérie, une enveloppe fibrineuse disposée en couches stratifiées. Le description ne diffère pas, on le voit, de celle des premiers auteurs.

Virchow constate qu'une telle production est adhérente, toujours et fortement, à la muqueuse utérine. Or, dit-il, si le sang coulant dans l'utérus peut remplir sa cavité, la distendre, il est impossible qu'il s'y fixe sous forme polypeuse.

On doit donc admettre que l'hématome a un point de départ et un point d'atteche particulier, un point placentaire par exemple.

Et Virchow se range à l'opinion de Scanzoni : à savoir que, dans tous les cas observés, l'avortement antérieur est la règle.

Mais alors, s'il est vrai que ces productions aient toujours une origine puerpérale, comment expliquer — demanderons-nous — que quelquefois elles soient formées par de la fibrine pure, qu'elles ne renferment pas toujours dans leur intérieur des débris placentaires, des cellules, des vaisseaux ?

Sœxinger, dans un travail sur les polypes et les fibromes utérins, définit les polypes fibrineux « des tumeurs sanguines remplissant la cavité de l'utérus, tenant par un pédicule plus ou moins large à un

point placentaire, élargissant souvent le col de l'utérus et parfois sortant dans le vagin ».

Il croit que dans la plupart des cas le polype fibrineux est consécutif à une fausse-couche, plus rarement à un accouchement.

La zone d'insertion placentaire, des débris d'un œuf avorté sont le point d'attache de ces épanchements, qui, greffés généralement sur le fond de l'utérus, pénètrent plus tard dans la cavité cervicale et le vagin.

D'ailleurs, dit-il, ces polypes fibrineux ne sont pas susceptibles de s'organiser; et l'intérêt pratique qu'ils présentent tient exclusivement à la possibilité des hémorragies qu'ils sont capables de produire.

Somme toute, Sœxinger reprend les arguments de Virchow et y ajoute deux observations. Dans le deuxième cas, la notion de l'avortement antérieur plaide pour l'hypothèse d'un polype placentaire. Toutefois, comme il est relaté que le polype (2e observation) étant extérieurement jaune et assez résistant, la couche intérieure ressemblant à de la bouillie rouge brun, et qu'il n'est pas fait mention de la présence de membranes ou de vaisseaux, on pourrait tout aussi bien voir dans cette production un cas de polype fibrineux survenu à l'occasion de la grossesse, mais auquel les débris ovulaires, totalement expulsés au préalable, n'auraient ainsi pris aucune part.

Pour Rokitansky, les polypes fibrineux proviennent d'une seule hémorragie relativement abondante; et leur formation demande une condition indispensable, l'élargissement de la cavité utérine par une

fausse-couche, un accouchement à terme ou une modification pathologique de la matrice.

Les premiers auteurs ne séparaient pas nettement les polypes placentaires et les polypes fibrineux. C. Braun fait cesser la confusion. Il émet d'ailleurs l'opinion que les polypes décrits représentent rarement de simples coagulés sanguins. Les polypes fibrineux constituent une curiosité anatomique. Les polypes placentaires s'observent assez souvent ; ils sont consécutifs à une conception; ils figurent « une des modalités de la métrorrhagie puerpérale et n'ont avec les véritables polypes qu'une communauté de forme. »

Bidder, dans le *Saint-Petersburger Medicinische Zeitschrift*, accepte la formation de polypes fibrineux survenus à l'occasion de la grossesse dans les quelques jours qui suivent. Abstraction faite du temps écoulé depuis l'accouchement, l'état de la zone d'insertion du placenta offre de grandes variations. S'il est possible, dit Bidder, de trouver parfois au huitième, au neuvième jour la paroi de l'utérus absolument lisse sans trace aucune de la surface placentaire, d'autres fois celle-ci présente des aspects divers, tantôt une rugosité légère, tantôt des dépôts durs, mous, gros, variables. Or, ces dépôts, ces rugosités conviennent parfaitement à la formation et à la fixation d'épanchements sanguins, de polypes fibrineux. Leur présence, d'ailleurs, ne gênerait pas l'involution utérine, ne troublerait pas les caractères normaux des lochies, n'exercerait aucune action sur l'état général. Bid-

der n'a trouvé ces coagulés que chez les multipares et les explique par une situation défectueuse de l'orifice interne, de sorte qu'une légère contraction ne peut pas arriver à expulser son contenu liquide, contrairement à ce qui se passe dans la généralité des cas. Bidder ne nous dit pas l'évolution ultérieure de ces polypes qu'il avait observés. Furent-ils expulsés comme de simples caillots ? Les accouchées furent renvoyées bien portantes. L'auteur ne crut pas devoir entreprendre quoi que ce soit pour extraire ces coagulés.

Le professeur Kühn de Salzbourg, adoptant l'expression de polype placentaire, déjà adoptée par Braun, à l'exclusion de celle de polype fibrineux, ne reconnaît à ces tumeurs qu'une origine puerpérale, et les conçoit seulement comme des produits d'œufs avortés.

Si pour lui ces polypes se forment beaucoup plus fréquemment à la suite de fausse-couche qu'après un accouchement, ce fait s'explique par la fermeture prématurée de l'orifice externe de la matrice après l'avortement. Ces coagulés sanguins, qui ne peuvent être expulsés, sont reliés à la paroi utérine par des débris adhérents de caduque ou de placenta. Ces débris recouvrent la surface du caillot et se prolongent dans son épaisseur. D'ailleurs, ces débris sont à l'origine de l'hémorragie et, par conséquent, de la production polypiforme, — elle-même source des nouvelles hémorragies et des coliques utérines.

Pour rejeter les polypes fibrineux de Velpeau et

Kiwisch, Kühn se fonde sur les recherches de Scanzoni, Rokitansky, Braun, qu'ils citent à l'appui. Il ajoute à son exposé la relation d'un cas de polype survenu au quinzième jour après l'accouchement.

Cette observation est intéressante parce que les polypes, fibrineux ou placentaires, sont rares après une grossesse venue à terme, et en raison aussi du volume et du poids de la tumeur. Nous la relatons plus loin parce que surtout, à notre avis, elle rentre dans le cadre des polypes fibrineux.

Kühn déclare, en effet, que la tumeur observée par lui était lisse, se composait d'un noyau mou et d'une couche périphérique de substance filandreuse inorganique ; qu'on ne trouvait de restes d'œuf ni à la surface, ni dans la profondeur. Et l'examen, tel qu'il fut pratiqué, aurait révélé la présence de pareils débris, s'ils avaient été emprisonnés dans la cavité utérine après la délivrance.

La conclusion qu'on est fondé à en tirer, c'est qu'il s'agissait d'une hémorragie interne survenue en dehors de toute rétention ovulaire. La malade s'étant levée trop tôt, cette circonstance provoqua de la congestion utérine; la zone d'insertion placentaire, avec ses grands vaisseaux veineux insuffisamment oblitérés, fut la source de l'hémorragie.

Elle ne s'accompagna pas d'écoulement de sang à l'extérieur par suite du relâchement et de la dilatation des parois utérines, et aussi parce que le col utérin était déjà en partie fermé quand survint l'accident. « En tout cas, il est très improbable, termine le pro-

fesseur Kühn, que l'hémorragie soit due à la présence de morceaux de placenta. » Mais si des débris ovulaires ne jouent aucun rôle, si l'examen n'en révèle pas la trace dans la tumeur, pourquoi s'agirait-il de polype placentaire ? et ne serait-ce pas plutôt un polype fibrineux ?

Nous avons ensuite un travail de Schrœder sur les polypes fibrineux et placentaires, dans lequel l'auteur reconnaît les deux variétés. Pour lui, si les faits de Kiwisch ne prouvent pas que ces polypes se soient produits en dehors de toute conception, ils ne confirment pas non plus les vues de Scanzoni : il n'est pas certain qu'il y ait eu conception préalable. Schœder estime qu'en somme il peut y avoir polype sans grossesse. Ces cas, pour rares qu'ils soient, existent : témoin les observations de Kilian, Steiger, Rokitansky. Les autres cas observés se sont produits à la suite de grossesse venue à terme ou interrompue. Donc, l'origine de tels polypes, sans conception, est extrêmement rare ; D'ailleurs, ils ne se développent jamais dans un utérus normal.

Enfin Schrœder estime qu'un utérus puerpéral peut être le siège d'un polype, non pas placentaire, mais fibrineux au sens anatomique du mot. Après l'accouchement, la zone placentaire se trouve paralysée ; elle ne participe pas aux contractions du reste de l'organe : et cette circonstance joue le rôle de cause prédisposante à la formation des polypes fibrineux.

Nous pouvons citer encore deux cas de « placentar polypes » rapportés par Kulp. Mais de la description

qui en est donnée, il semble qu'on eut affaire à deux polypes fibrineux, comme dans l'observation de Kühn. La première de ces tumeurs est une masse sphérique, sans pédicule, paraissant avoir occasionné non pas une hémorragie unique, mais des hémorragies successives. On ne trouve ni membranes, ni cellules, ni vaisseaux, ni la couche épithéliale décrite par Kilian. Le second polype est constitué par des lamelles de fibrine englobant de petits amas d'hématies.

Dans le *Dictionnaire des Sciences médicales*, de Sinéty décrit longuement les polypes qu'il appelle fibrineux. « Dans le plus grand nombre de cas, l'examen histologique permet d'y constater la présence de villosités placentaires. D'autres fois, ils sont constitués par de la fibrine recouverte d'éléments figurés ou par de la fibrine coagulée sur des restes de villosités...... Ils atteignent ordinairement le volume d'un œuf et présentent une surface tantôt lisse, tantôt irrégulière, de couleur jaunâtre. Les polypes fibrineux donnent lieu à des coliques utérines et à des métrorrhagies...... Leur pédicule est toujours implanté au niveau de l'insertion placentaire. »

La description de Sinéty convient, de fait, aux seuls polypes placentaires.

Maslowsky, dans les *Annales de Gynécologie*, a procédé à l'étude de la composition des polypes qui nous occupent. Il leur reconnaît une origine puerpérale et les divise en trois groupes :

L'hématome placentaire est formé exclusivement par des caillots au niveau des anfractuosités de la région;

nous en ferions volontiers des polypes fibrineux, n'était l'origine toujours suspecte de ces formations;

Le polype placentaire par atomie partielle, résulte d'une contraction insuffisante de la zone placentaire;

Le polype placentaire — au sens strict du mot — est le résultat de la rétention du placenta ou d'une de ses parties.

Cette distinction peut paraître subtile. Qu'il s'agisse d'inertie ou de rétention, des débris placentaires sont logés dans la cavité utérine.

Charpentier — *Traité pratique des accouchements* — met en cause la fausse-couche. « L'avortement a été incomplet : un cotylédon placentaire est resté dans la cavité utérine ; il a continué à végéter et a subi diverses modifications sans se putréfier... Mais d'autres fois, il a subi des transformations plus complètes », et celles-ci sont de deux sortes : ou bien sur ce débris placentaire s'est déposé du sang et l'on a affaire à un polype fibrineux ; ou bien le cotylédon se vide du sang qu'il contenait, devient plus dur, prend la forme de la cavité utérine et constitue ce qu'on a appelé le polype placentaire.

Dans son étude-revue sur les faux polypes de l'utérus, le Dr A. Klasson, de Kiew, s'applique à rapprocher les deux variétés de tumeurs en ménageant entre elles des termes de passage.

Les vrais polypes fibrineux, qui pour l'auteur succèdent toujours à un avortement ou à un accouchement, sont constitués par les thrombus qui viennent oblitérer les sinus utérins. Ces thrombus « font saillie dans

la cavité utérine, ils se recouvrent de sang coagulé ; et l'ensemble persiste, et forme un polype fibrineux. »

Dans d'autres circonstances, ce sont des débris de chorion restés dans l'utérus qui se recouvrent de couches stratifiées de sang coagulé et servent ainsi de point de départ à des polypes fibrineux dont le pédicule sera formé par les villosités choriales.

Dans une troisième catégorie de faits, le sang coagulé se dépose sur un lambeau de caduque ou autour d'un débris placentaire. Et, ainsi, selon que le corps du polype sera exclusivement fibrineux ou au contraire sera constitué par du tissu placentaire, on aura un polype fibrineux ou un polype placentaire. Admettons que les deux éléments — fibrine et débris ovulaires — entrent pour une part égale dans la formation de la tumeur, nous aurons établi le terme de passage : le polype fibrino-placentaire.

Pozzi, dans son *Traité de Gynécologie,* au chapitre du diagnostic des métrites écrit :

« Les polypes fibrineux, qu'il vaudrait mieux appeler placentaires, ne sont que des débris de placenta ou de villosités choriales greffés dans l'utérus et y vivant d'une vie obscure pendant même plusieurs mois, après un accouchement ou un avortement. »

La littérature médicale contemporaine ne traite pas des polypes fibrineux. L'opinion généralement admise, est que ceux-ci rentrent dans le cadre des rétentions placentaires. Ces dernières ont été souvent et depuis longtemps décrites : il paraîtrait oiseux de discuter sur un fait d'observation journalière.

ÉTIOLOGIE

PATHOGÉNIE DES POLYPES FIBRINEUX

Pour résumer cet exposé historique, nous pouvons classer en trois groupes les diverses opinions citées. Les uns rejettent les polypes fibrineux et ne reconnaissent que les polypes placentaires.

D'autres affirment l'existence ou du moins ne nient pas la possibilité des polypes fibrineux, c'est-à-dire de coagulés sanguins qui, se formant dans l'utérus en dehors de l'état puerpéral et retenus pendant un laps de temps indéterminé, se révèlent à l'observateur sous le tableau clinique propre aux polypes utérins : douleurs expulsives et hémorragies.

Les derniers, enfin, ne conçoivent pas la production de ces tumeurs de l'une et l'autre variétés sans grossesse antérieure. Mais ils admettent que tantôt des débris ovulaires, placentaires séjournent dans l'utérus, se fusionnant avec des caillots sanguins ; que tantôt des amas fibrineux se greffent sur la zone

placentaire, en l'absence de tout produit de rétention.

Au point de vue étiologique, les deux ordres de tumeurs ont une même cause, une même origine : origine placentaire. Mais elles ont une différence de structure ; et suivant les circonstances, il s'agira d'un polype placentaire ou d'un polype fibrineux.

Déclarons que ces cas sont rares dans la littérature médicale. Ils sont déjà anciens : telles les observations de Scanzoni, de Kühn, etc. L'examen a pu être incomplet. Leur origine est toujours suspecte. Nous nous contentons aussi de rappeler ces faits ; mais nous les tenons pour éminemment complexes, peu aptes à permettre la différenciation des deux variétés de polypes, n'entraînant pas la conviction.

Ce que nous voudrions établir, c'est la possibilité de rencontrer des polypes fibrineux en dehors de toute conception.

Or, nous rattacherons-nous à l'hypothèse émise par Kiwisch, d'une rétention du sang menstruel ? Scanzoni l'a détruite ; et nous ne saurions la reprendre.

Nul rapport de cause à effet n'unit les deux phénomènes : menstruation et polype. L'un est d'une fréquence extrême ; l'autre est, somme toute, une rareté. Le flux cataménial est un phénomène éminemment physiologique ; le polype fibrineux est d'ordre pathologique.

De même que l'écoulement de la bile dans l'intestin ne crée pas la lithiase biliaire, ni l'issue de l'urine les calculs de la vessie, de même la ménorrhagie ne saurait produire le polype fibrineux. Les troubles

fonctionnels, les lésions matérielles sont à l'origine des polypes fibrineux comme ils sont à l'origine des calculs de la vessie ou de la vésicule.

Et, maintenant, que nous disent les observations dans lesquelles est noté le passé de la malade, notamment le passé génital ?

D'abord, les cas rapportés par Gallard, et que nous consignons plus loin. Nous exposerons au chapitre consacré aux symptômes les quelques réserves qu'il convient de faire à leur sujet.

Dans le premier cas — observation VIII, — la cavité utérine présentait plusieurs polypes fibreux et muqueux.

Dans le deuxième cas — observation IX, — on trouve à l'autopsie, outre les polypes fibrineux, un fibrome interstitiel.

Le troisième cas — observation X — offre à la coupe un épaississement des parois, un fibrome interstitiel et un foyer purulent dans le ligament large gauche.

Sur les deux observations inédites que nous devons à l'obligeance de notre maître le Dr Dalché, nous notons dans l'une — observation XII — une rétroflexion avec angle de flexion assez marqué.

Dans l'autre — observation XIII — le sujet est porteur d'un volumineux fibrome abdominal.

Kiwisch et Scanzoni n'avaient envisagé l'utérus que sous les deux modalités de son état physiologique : l'utérus vide et l'utérus gravide. Reste un troisième mode : le mode pathologique.

Mais auparavant, nous tenons à réfuter l'objection

qu'on peut nous adresser, à savoir qu'un utérus malade peut être aussi un utérus gravide et que l'endométrite ne favorise la fausse-couche que dans la mesure où elle permet la conception. Or, dans les observations que nous rappelons quelques lignes plus haut, les auteurs ne signalent pas la possibilité de grossesse. D'ailleurs, dans les cas n° 8 et n° 11, les sujets ont respectivement 66 et 72 ans. A défaut de toute autre considération, le grand âge des malades détruit toute hypothèse de gravidité.

Si les lésions diverses qui peuvent frapper la matrice sont le facteur étiologique des polypes fibrineux, c'est qu'elles provoquent les altérations préalables que Schrœder et d'autres déclaraient nécessaires.

La congestion utérine, les diverses formes d'endométrite amènent le ramollissement des parois, provoquent des pertes sanguines. Que ces affections s'accompagnent de déviations, de version, de flexion, de sténose du col, et l'hémorragie aura des difficultés à se faire à l'extérieur. Cette hémorragie interne sera le noyau du polype fibrineux que viendront grossir des couches successives de fibrine lors des prochains écoulements.

Les fibromes utérins, interstitiels ou polypiformes, s'accompagnent aussi de ramollissement des parois, de dilatation de la cavité utérine, de pertes de sang.

Nous dirons que les troubles de la statique utérine, les congestions, les lésions inflammatoires d'endométrite, les tumeurs diverses — cancer, fibrome — parfois les interventions thérapeutiques, comme le

tamponnement fait loin de la surface qui donne, toutes ces causes isolées ou mieux unies, combinées entre elles, expliquent la formation des tumeurs fibrineuses.

Un utérus qui souffre est un utérus qui saigne : l'hémorragie est le premier stade du polype fibrineux. Il suffit que les parois se prêtent à la distension; or, les parois de la matrice ramollies y sont préparées par les lésions concomitantes.

SYMPTOMES

Les vrais polypes de l'utérus, muqueux ou fibreux, même latents, constituent une entité morbide.

Les polypes fibrineux ont une existence purement symptomatique, clinique. Un polype fibrineux qui reste ignoré figure un simple corps étranger. Il n'existe pas, anatomiquement. Pour qu'il soit, il fau qu'il manifeste sa présence.

Aussi, nous n'oserions pas donner le nom de polype fibrineux aux concrétions sanguines qui font l'objet des observations de Gallard dans son *Traité des maladies des Femmes.* Ces concrétions ont un volume trop réduit, sont dans l'impossibilité de déterminer aucun trouble symptomatique. Du moment qu'elles forment des trouvailles d'autopsie, il ne conviendrait peut-être pas de les décorer du nom de polypes fibrineux.

Les faux polypes se comportent comme les polypes vrais; ils présentent les mêmes phénomènes et les mêmes symptômes : douleurs, coliques utérines,

hémorragies, leucorrhée, dilatation cervicale. engagement de la tumeur dans le vagin ; ils sont susceptibles de se compliquer des mêmes accidents: écoulement fétide, putréfaction, septicémie.

Cependant, à envisager les choses de plus près, si nous considérons le polype fibrineux comme un accident, un épisode dans le cours d'une affection de l'utérus, et que, dans l'exposé symptomatique, nous tenions compte des deux éléments — l'élément transitoire, le polype et l'élément persistant, la lésion utérine, — nous arriverons à penser que le polype fibrineux possède vraiment deux seuls symptômes propres: les douleurs expulsives, la dilatation du col avec les phénomènes d'entrée et de sortie de la tumeur.

Mais l'hémorragie, notamment, n'est pas un signe de polype fibrineux; elle est provoquée tout aussi bien par les lésions concomitantes. Nous considérerions plutôt l'hémorragie comme cause, comme facteur de polype : chaque hémorragie nouvelle apportant son dépôt de fibrine aux couches déjà stratifiées.

Les autres symptômes — leucorrhée, douleur au toucher, douleurs spontanées pelviennes ou crurales, fièvre, et infection — se retrouvent dans les affections que sont venus compliquer des polypes fibrineux. On ne saurait les attribuer à ces derniers.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL
AVEC LES POLYPES PLACENTAIRES

Les lignes que nous avons consacrées à l'exposé historique et à la pathogénie, nous permettront d'être bref sur la question du diagnostic différentiel des polypes fibrineux et des polypes placentaires.

Les polypes placentaires se développent dans un utérus puerpéral. Ils succèdent à un accouchement à terme et, plus souvent, à un avortement, qui se sont compliqués de rétention de membranes ovulaires, de caduque ou de placenta.

Sur ces débris se sont venus fixer, greffer des caillots sanguins diversement stratifiés. Ces produits de rétention vivent parfois longtemps, des semaines et des mois, dans la cavité utérine, sans putréfaction, sans septicémie.

Après une période de latence, il se pédiculisent, dilatent le cervix, s'éliminent spontanément ou sont expulsés par le concours de l'art, au milieu d'un

cortège de symptômes hémorragiques et douloureux.

Les polypes placentaires forment des tumeurs rugueuses, bosselées, d'une consistance inégale.

Ils sont d'une observation commune.

Les antécédents de la malade mettent sur la voie du diagnostic. L'examen histologique révélera, parmi des amas de fibrine, la présence de vaisseaux, de cellules, de villosités choriales et ceci confirmera la nature placentaire de ce produit morbide.

Les polypes fibrineux s'observent dans un utérus à l'état de vacuité. Ils apparaissent dans le cours d'une congestion, d'une endométrite, d'une déviation ; se développent dans un utérus cancéreux ou fibromateux. Le ramollissement des parois utérines et l'oblitération plus ou moins complète du canal cervical favorisent ces formations.

Ces polypes s'accompagnent d'hémorragies et de coliques utérines, parfois très vives. Ils tombent seuls dans le vagin ou doivent être extirpés.

Ils constituent des masses lisses, régulières, de consistance uniformément élastique.

Les polypes fibrineux paraissent représenter une rareté pathologique.

A l'examen microscopique, ils sont exclusivement composés de couches de fibrine superposées.

OBSERVATIONS

Obs. I. — Velpeau, in : *Nouveaux éléments de médecine opératoire.*

Femme de 32 ans.

Depuis un mois, elle éprouvait de temps à autre une perte légère.

« Au toucher, je trouvai une masse du volume d'un petit œuf, un peu renflée, d'une consistance assez ferme et qui se prolongeait par un pédicule distinct, jusqu'à la partie supérieure du col... Mon doigt rencontra de nouveau la masse que j'y avais d'abord reconnue ; en essayant d'en poursuivre le pédicule, je la fis tomber dans le vagin et l'amenai au dehors c'était une concrétion fibrineuse, un simple caillot de sang, — variété nouvelle de polype : les polypes fibrineux. »

Obs. II.—Arnott, in : *Encyclopédie des sciences médicales*

Obs. III.— Kilian, in : *Zeitschrift für Rationnelle medizin*

Une femme expulse, au cours d'une hémorragie de moyenne intensité, un petit polype long d'un pouce, large à

peine d'un demi-pouce, avec un pédicule de deux à trois lignes.

Tumeur lisse, brillante, assez régulière.

A la coupe, on trouve un grand coagulé sanguin occupant le centre.

La périphérie du corps et le pédicule sont formés par une masse claire, de nature nettement fibrineuse.

Examen microscopique. — Le centre offre une quantité de globules normaux ou modifiés, dentelés ; à la périphérie, peu ou point de globules, davantage de tissus fibrineux fins et transparents.

Extérieur. — Une couche simple de grandes cellules épithéliales.

Dans la masse même, ni cellules ni vaisseaux.

Obs. IV. — Steiger, in : *Verhandlungen der Physikalisch-Medicinischen Gesellschaft in Würzburg.*

Obs. V. — Rokitansky (*Wochenblatt der Gesellschaft der Wiener Aerzte*).

Obs. VI. — Dr Kuhn, *de Salzbourg*, in : *Wiener Medizinische Wochenschrift.*

Femme de 32 ans ; accouchement normal d'une fille robuste, bien portante. Au troisième jour, la femme quitte son lit pour quelques instants. Malaise, frissons, douleur dans le ventre ; le fond de l'utérus est remonté à 4 centimètres au-dessus de l'ombilic ; hémorragie de moyenne intensité.

Le vagin et le canal cervical sont vides : l'orifice interne ne laisse pas passer le petit doigt.

Les jours suivants, nouvelles hémorragies ; écoulement sale et fétide.

Au quatorzième jour, le fond de l'utérus occupe la même hauteur. Le doigt peut franchir l'orifice interne et il perçoit un corps mou et lisse.

Au vingtième jour, ce corps s'engage dans le vagin, sous orme d'une tumeur, de la grosseur du poing et allant s'amincissant. Une traction légère le fait détacher et provoque une petite hémorragie.

Le corps est piriforme, aplati : longueur : 15 centimètres ; largeur : 5 cm. 5 et 2 cm. 5 ; poids énorme : 450 grammes ; aspect lisse ; consistance un peu pâteuse.

Nature : noyau sanguin mou, et couche périphérique de substance filandreuse inorganique. Il n'y avait de restes d'œuf ni à la surface, ni à l'intérieur.

Obs. VII. — Scanzoni (*Verhandlungen der Physikalisch-Médicinischen Gesellschaft in Würzburg.*

Femme de 29 ans.

Avortement au quatrième mois, suite de chute.

En l'espace de trois mois, 6 hémorragies moyennes ; la septième force la malade à entrer à l'hôpital.

Fond de l'utérus élevé ; orifice externe du col dilaté (pièce de 50 centimes), livrant passage à un corps mou, ovale.

Après plusieurs tentations, ce corps polypeux est détaché.

Le pédicule est jaune pâle, assez résistant.

Examen microscopique. — Pédicule formé de substance fibrineuse très fine, peu transparente. L'extrémité renflée possède une couche extérieure jaune de faisceaux fibrineux et un

noyau rouge sombre constitué par un amas de globules sanguins les uns normaux, les autres modifiés. Ces globules sont emprisonnés dans un réseau fin de fibrine.

Impossible de trouver des débris ovulaires.

Pas de trace de la couche épithéliale à grande cellules décrite par Kilian.

Cessation des hémorragies ; involution utérine ; guérison en trois semaines.

Obs. VIII. — Gallard in : *Traité des maladies des femmes.*

Femme morte de bacillose généralisée.

A l'autopsie, la coupe de l'utérus présente des polypes fibreux et muqueux.

Parmi ceux-ci « existe une petite tumeur rougeâtre, différente tout à la fois des polypes fibreux et muqueux ; elle a la forme d'un haricot et l'aspect d'un caillot sanguin. La surface est lisse et brillante, son extrémité supérieure est manifestement adhérente à la muqueuse par de petits tractus blanchâtres qui se prolongent à la surface de ce polype que j'appellerai volontiers fibrineux. »

Obs. IX. — Gallard, *ibidem.*

Femme de 66 ans, morte de rétrécissement aortique.

A l'autopsie, présence d'un fibrome interstitiel et d'un polype faisant saillie dans la cavité utérine : son aspect est plutôt fibrineux que muqueux.

Ce polype a « la forme et les dimensions d'une feuille. lancéolée, située le long de la paroi latérale droite de l'utérus. Ses faces sont criblées de vacuoles ; son pédicule est mince... des tractus blanchâtres vont se rendre sur sa face postérieure pour le faire adhérer avec la muqueuse de l'utérus »

Obs. X. — Gallard, *ibid.*

Autopsie d'une femme morte de ?

Épaississement des parois utérines, corps fibreux interstitiel ; foyer purulent dans le ligament large gauche ; enfin trois polypes fibrineux.

« L'un d'eux, dont le pédicule mince est inséré à l'union du corps et du col, occupe la partie supérieure de la cavité cervicale. Aplati, le plus volumineux des trois, il présente des vacuoles sur ses faces antérieure et postérieure..... sa couleur est d'un blanc rosé ; sa forme ovoïde..

« Les deux autres, situés au niveau du bord supérieur de l'organe, adhérents à la muqueuse au niveau de la face antérieure, sont d'un rouge foncé, surtout le droit. Ce dernier a tout à fait l'aspect d'un caillot sanguin qui aurait contracté des adhérences avec la muqueuse utérine. »

Obs. XI. — Communication faite par le Dr Dalché à la Société médicale des hôpitaux et insérée au *Bulletin de la Société*, numéro du 25 mars 1898.

Femme de 72 ans.

Admise à Beaujon, 8 mars 1898, service du Dr Dalché, pour métrorrhagies abondantes, graves.

L'écoulement d'un sang liquide, non fétide, a commencé le 2 mars ; fut considérable d'emblée.

Pas de leucorrhée antérieure.

Examen le 9 mars : corps utérin volumineux, mobile ; le col est sain.

Amaigrissement dans ces derniers mois.

Diagnostic porté : cancer du corps ou fibrome.

Le 10 mars et le 11 mars, tamponnement gélatiné successif.

Le 12, l'hémorragie a cessé.

Le 13 et jours suivants, la malade se plaint de douleurs dans les reins ; elles vont en augmentant.

Le 17, nouvelle hémorragie et nouvel examen. Au toucher, le col est effacé, dilaté ; à travers l'orifice externe s'engage une masse élastique, lisse et résistante.

Diagnostic. — Expulsion d'un polype.

Le 19, effacement, et dilatation totale du col ; saillie notable de la tumeur dans le vagin. La masse engagée et l'écoulement répandent une odeur fétide.

Le 20, on constate que le polype est un caillot sanguin dont la portion vaginale se détache; la portion utérine reste adhérente par place.

En raison de la putridité, un lavage intra-utérin et un curettage sont pratiqués.

Le lendemain, ni fièvre, ni mauvaise odeur, le col est revenu sur lui-même.

Examen de la pièce. — Le caillot, plus gros qu'un œuf, est friable dans sa portion adhérente ; ferme, dans sa portion inférieure, vaginale. D'ailleurs, cette fermeté, cette résistance expliqueraient la dilatation considérable de l'orifice cervical.

Les douxième et treizième observations sont extraites d'un travail inédit de M. le Dr Dalché. Il a bien voulu nous les communiquer: nous lui en sommes profondément reconnaissant.

Obs. XII. — Jeune femme de 30 ans.

Depuis dix jours, et consécutivement à une période mens-

truelle, elle présente des pertes de sang considérables qui s'accompagnent de douleurs très vives.

A l'examen, on note: une rétroflexion avec angle de flexion assez marqué.

Le toucher de l'utérus rétrofléchi provoque de la douleur; — indice de métrite avec congestion utérine. En plus, le doigt sent un petit polype très allongé, engagé dans le col, sorti en partie, ballottant légèrement dans le vagin.

Diagnostic. — Polype muqueux.

Le lendemain, nouveau toucher, et examen du spéculum. Le polype a disparu ; reste seule une légère métrite du col. La malade étant allée aux cabinets aura pu expulser le polype à son insu.

Trois mois plus tard, encore consécutivement aux règles, les mêmes phénomènes — métrorrhagies, douleurs vives — se reproduisent. Par le toucher, on perçoit un polype engagé dans le col. Il est enlevé, séance tenante.

Macroscopiquement, c'était un polype fibrineux. L'examen histologique n'est pas fait.

Obs. XIII. — Femme de 45 ans, portant depuis des années un volumineux fibrome abdominal.

Depuis quelque temps, ce fibrome se complique d'hémorragies abondantes.

Le médecin traitant constate la présence d'un polype qui s'engageait dans le col et faisait saillie dans le vagin.

Le lendemain, la tumeur se détache sans intervention aucune.

Examen. — Masse allongée offrant le volume d'une petite

mandarine au niveau de son plus grand renflement. Le pédicule est déchiqueté, sans consistance.

Le microscope ne révèle dans la tumeur que la présence de fibrine, malgré plusieurs coupes faites en différents points.

La malade succombe, quelques semaines plus tard, à des accidents infectieux (fibrome suppuré).

Dans le cas présent, il s'agissait certainement de polype fibrineux.

CONCLUSIONS

1° Au point de vue anatomique, on est en droit de faire des réserves sur l'existence des polypes fibrineux.

2° Si nous entendons par polype fibrineux une tumeur qui, semblable aux productions pédiculées muqueuses ou myomateuses de l'utérus, détermine des douleurs, des hémorragies — tous symptômes propres aux polypes utérins, — les polypes fibrineux constituent une entité morbide, réelle, certaine, basée sur des observations, rares peut-être, mais indiscutables.

3° La dénomination de polype fibrineux ne convient pas aux petits agglomérats de fibrine, qui, disséminés sur les parois de la cavité utérine, ne donnent lieu à aucun trouble pendant la vie et sont des trouvailles d'autopsie.

4° Pour qu'il y ait polype fibrineux, il faut que la tumeur ait un certain volume, soit capable de provoquer des phénomènes morbides, — notamment des

coliques utérines, — symptôme primordial de tout polype utérin, quelle qu'en soit la nature.

5° On ne saurait, en créant des termes de passage, établir un degré de parenté entre les polypes fibrineux et les polypes placentaires. Les deux ordres de production diffèrent et d'origine et de structure.

5° Les polypes placentaires sont formés de coagulés sanguins, de villosités choriales et de vaisseaux. Les polypes fibrineux sont constitués par de la fibrine pure.

7° Les premiers ont pour origine un état puerpéral, les seconds s'observent en dehors de toute conception.

8° Les polypes placentaires sont fréquents ; les polypes fibrineux — somme toute — sont rares.

9° Les polypes fibrineux présentent la même symptomatologie que les polypes muqueux ou fibreux.

10° Le même traitement s'y applique. Ici, d'ailleurs, l'extirpation offre peu de difficultés : les polypes fibrineux contractant avec la muqueuse utérine des adhérences lâches et faciles à rompre.

Vu : le Président de la thèse,
A. ROBIN

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

VELPEAU. — Nouveaux éléments de médecine opératoire, tome IV, page 382, année 1839.

ARNOTT. — Observation : *Encyclopédie des Sciences médicales*, 1836, page 315.

GOUYON. — Observation : *Bulletin de la Société anatomique*, 1839.

ARAN. — Polypes fibrineux ou sanguins de l'utérus, in : « Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus et le ses annexes », 1858, page 883.

KIWISCH. — *Klinische Vortræge*, Prague, 1845, vol. I, page 420.

SCANZONI. — Die genese der fibrinœsen oder Blutpolypen der uterus. — Dans les : *Verhandlungen der Physikalisch medicinischen Gesellschaft*, in Würzburg, 1851, vol. II, pages 30-33.

WEBER. — Zusætze zur Lehre der geschlechts organe, 1846.

WITHEAD. — *Edimbourg medical and surg. Journal*, 1848, n° 174.

WIRCHOW. — Verhandlungen der *Gesellschaft für Geburtskunde*, vol. III, p. 171 et suivantes.

VIRCHOW. — Notiz über fibrinœse Polypen. *Verhandlungen der Physikalisch medicinischen Gesellschaft*, in Würzburg, 1851, vol. II, p. 218.

VIRCHOW. — Die Krankhaften Geschwülste, Berlin, 1863, p. 145-146-147.

KULP. — Zwei Fælle von Placentar Polypen, dans : *Beitrœge zùr Gebùrtshülfe ùnd Gynækologie*, Berlin, 1872, page 18.

KILIAN. — Ein fibrinœser Polyp des Uterus, dans la : *Zeitschrift für Rationnelle medizìn*, éditée par les Drs J. Henle et C. Pfeufer (Heidelberg), année 1849, page 149.

KARL SCHROEDER. — Ueber fibrinœse ùnd Placentar Polypen, dans : *Beitræge zùr Gebnrts-Kunde ùnd Gynækologie*, éditée par Scanzoni. Vol. VII, page 1. Würzbùrg, 1870.

STEIGER. — *Verhandlùngen der Physikalisch Medicinischen, Gesellschaft in Würzbùrg*. Vol. X, page 243.

ROKITANSKY. — *Wochenblatt der Gesellschaft der Wiener Aerzte*, 1866, n° 21.

C. BRAUN. — Ueber die nosogenie der intrauterinen Placentar polypen, in : *Allgemeine Wiener medizinische Zeitùng*, 1860, nos 43, 48.

ROKITANSKY. — Ein Beitrag zùr Lehre von abortus ùnd vom fibrinœsen Uterus polypen, in : *Zeitschrift der Gesellschaft der Aerzte* in Wien, 1860, n° 33.

ROKITANSKY. — Zur lehre vom fibrinœsen Uterus polypen, in : *Zeitschrift der Gesellschaft der Aertze*, in Wien, 1866, n° 21.

KUHN de Salzbùrg. — Zur Lehre von den puerperalen metrorrhagien dans la : *Wiener Medizinische Wochenschrift*, année 1869, nos 89 et 90.

BIDDER. — Die form ùnd Lageverænderùngen des uterus im Wochenbet, dans la : *Saint-Petersburger Medicinische Zeitschrift* ; année 1869, vol. XVII, pag. 283 et 297.

SOEXINGER. — Ueber Uterùs krankheiten, polypen ùnd Fibroïde, in : *Vierteljahrschrift für die Praktische Heilkùnde*, édité par la Faculté de médecine de Prague, 1868, livraison 98, pages 72 et 90.

FRANKEL. — *Archiv. für Gynækologie*, vol. II.

Scanzoni. — Polypes fibrineux ou sanguins de la matrice : « Traité pratique des maladies des organes sexuels de la femme », 1858, page 228.

Littré-Robin. — *Dictionnaire des Sciences médicales*, 1865,

Gallard. — Maladies des femmes, page 516 et suiv.

Dr Anna Klasson. — Étude sur les faux polypes de l'utérus, *Annales de Gynécologie française*, 1889, t. XXXI, p. 105.

S. Pozzi. — Traité de Gynécologie. Chapitre du diagnostic des métrites.

Charpentier. — Traité pratique des accouchements, année 1883, tome I, p. 989.

Cornil et Ranvier. — Manuel d'histologie pathologique. Paris, 1884, page 699.

Velpeau. — Traité élémentaire de l'art des accouchements, Paris, 1829.

De Sinéty. — *Dictionnaire des Sciences médicales*, article Utérus.

Dalché. — *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, 25 mars 1898.

Maslowsky. — *Annales de Gynécologie*, 1880, tome XIV, page 245.

Baer. — Polypes placentaires simulant une tumeur maligne de l'Utérus (*Société Obstétricale de Philadelphie*). *Annales de Gynécologie*, 1885, tome I, page 415.

Duguet. — *Bulletin de la Société anatomique*, 1866, page 299.

Brault. — Polypes latents de l'Utérus. Danger de l'intervention chirurgicale (*Thèse de Paris*, 1880).

Impr. des Facultés A MICHALON, 26, rue Monsieur-le Prince, Paris.